FIOCRUZ

PROPOSTA
Jornal da Reforma Sanitária

24

radis
REUNIÃO, ANÁLISE E DIFUSÃO DE INFORMAÇÃO SOBRE SAÚDE

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ - MANGUINHOS

DEZEMBRO DE 1990

ESTADOS E MUNICÍPIOS NÃO DEPENDERÃO MAIS DE CONVÊNIOS

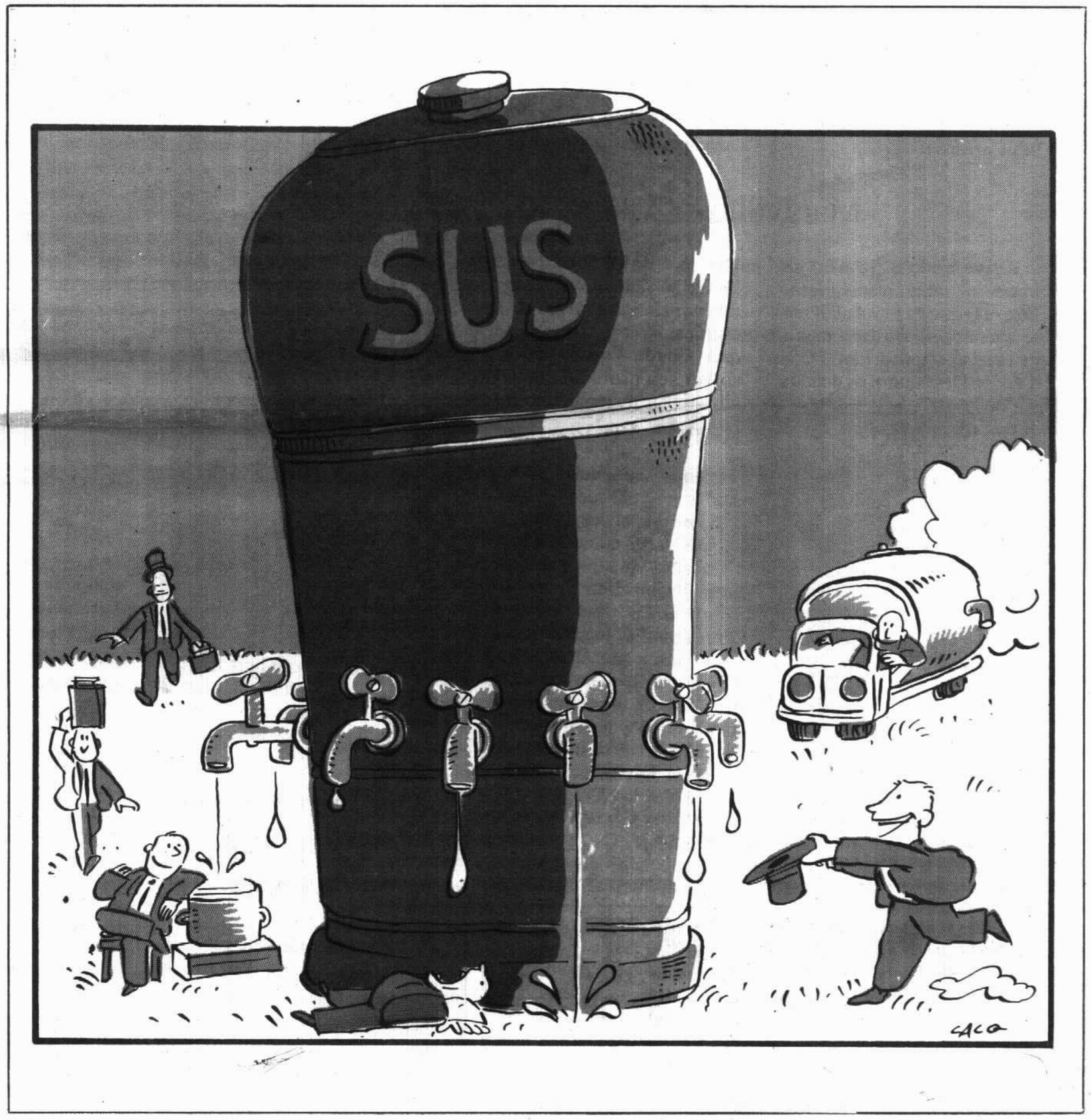
ACORDO ASSEGURA REPASSE REGULAR E AUTOMÁTICO

Uma reunião entre as lideranças partidárias no Congresso e o Ministro Alceni Guerra selou um acordo que pode significar um dos maiores avanços no processo de municipalização da saúde. No encontro realizado no dia 5 de dezembro, ficou acertado que todos os partidos manteriam os vetos presidenciais à Lei Orgânica da Saúde, enquanto o Governo publicaria um Decreto regulamentando os repasses financeiros para estados e municípios e encaminharia Projeto de Lei ao Congresso também sobre repasses de verba e a criação do conselho e da Conferência Nacional de Saúde.

De acordo com a minuta apresentada pelo Ministro na reunião com os líderes partidários — que publicamos na página 4 desta edição — o Decreto assegura para a "cobertura das ações e serviços de saúde a serem implementadas pelos **Municípios, Estados e Distrito Federal**" recursos que serão "repassados de forma **regular** e **automática**", antiga reivindicação dos gestores do Sistema Único de Saúde a nível municipal.

O Decreto determina, ainda, que enquanto não for regulamentada a aplicação dos critérios previstos no art. 35 da Lei 8.080, de setembro de 1990, "será utilizado, exclusivamente, o critério populacional" para determinar o valor dos recursos. Para receber diretamente as verbas, o Decreto fixa que estados e municípios terão que dispor de um fundo de saúde, um conselho de saúde com participação partidária, um plano de saúde, uma contrapartida de recursos em seu próprio orçamento e uma comissão de elaboração de um Plano de Carreira, Cargos e Salários (PCCS) com um prazo de dois anos para sua implementação. Enquanto o estado ou o município não dispuser destes pré-requisitos, os recursos serão administrados pela instância de governo imediatamente superior.

Além da cobertura da reunião do Ministro com as lideranças e a íntegra da minuta do Decreto, o RADIS publica nas **páginas 4 e 5** a opinião do Presidente do CFM, Ivan de Moura Fé; do Deputado Eduardo Jorge (PT-SP) e do Deputado Raimundo Bezerra (PMDB-CE) sobre o acordo firmado com o Governo.



As dificuldades do processo de municipalização na área da saúde

por José Pinotti

(Pág. 8)

SAÚDE MENTAL

Congresso aprova o fim dos manicômios

(Pág. 7)

FOTO: DANIEL ANDRADE

MUNICIPALIZAÇÃO DA SAÚDE

A luta de São João de Meriti contra a miséria

(Pág. 6)

CARTAS

Fidedigno

Gostaria de entrar em contato com o Programa Radis através de suas publicações, por achar este um meio de comunicação confiável e fidedigno. Só pude fazê-lo agora pelo fato de não conhecê-lo anteriormente.

Sou recém-formado em Odontologia e estou ingressando neste momento no serviço público, dessa forma, acho um bom começo a obtenção de maiores informações a respeito da saúde de um modo geral.

Ronaldo Rettore Júnior — BeloHorizonte(MG)

Dedicação

Estou escrevendo para dizer que a nossa Associação de Moradores recebeu o PROPOSTA — Jornal da Reforma Sanitária. Agradecemos o envio e informamos que vamos divulgá-lo. Com um abraço carinhoso e desejo de que a Fiocruz continue sendo esse exemplo de organização, trabalho e dedicação, nos despedimos com agradecimentos de nossa diretoria.

Iracy Guimarães — Associação de Moradores do Jardim Guararapes(Inhoaíba)—RJ

Maravilhoso

Estive lendo o trabalho de vocês e achei maravilhoso. Sou enfermeira e trabalho em saúde pública. Gostaria muito de receber o jornal PROPOSTA, a SÚMULA e as demais publicações do RADIS.

Desde já fico esperando e parabéns pelo trabalho que desenvolvem.

Ana Cleyde Costa — São Luís(MA)

No Senado

Agradecemos pela remessa das publicações editadas por Vossas Senhorias e nos congratulamos pela qualidade e conteúdo das mesmas, de grande valor educativo e formador de opinião ratificando o prestígio e seriedade da Fundação Oswaldo Cruz.

À oportunidade, reiteramos a Vossas Senhorias protestos de elevada estima e consideração.

Senador Aluízio Bezerra — Brasília(DF)

Grande valia

Pretendo continuar recebendo suas publicações, que me são de grande valia em minhas atividades como Médico do Trabalho Sanitarista na Delegacia Regional do Trabalho do Rio Grande do Sul.

Prossigam! Lutem por mais verbas para a saúde, façam o lobby sadio de quem tem responsabilidade de informar corretamente a população sobre a péssima situação sanitária do País. Pela Democracia e saúde. O apoio do colega,

Luiz César Cozzatti — Porto Alegre(RS)

PROPOSTA
Jornal da Reforma Sanitária

EXPEDIENTE

O **PROPOSTA — Jornal da Reforma Sanitária** é um Órgão Oficial da **Fundação Oswaldo Cruz**, editado pelo **Programa RADIS** (Reunião, Análise e Difusão de Informação sobre Saúde), desenvolvido pela **Escola Nacional de Saúde Pública** (Ensp).

Presidente da Fiocruz: Hermann Schatzmayr; **Diretor da Ensp**: Paulo Marchiori Buss; **Coordenador do RADIS**: Ary Carvalho de Miranda; **Jornalista Responsável pela Edição**: Álvaro Nascimento; **Jornalistas Redatores**: Álvaro Nascimento, Rogério Lannes e Jane Paiva; **Jornalista Ilustrador**: Carlos Xavier (Caco); **Banco de Notícias**: Thereza Velloso; **Banco de Dados**: Luiz Cláudio Carvalho; **Administração**: Jandira Vilhena; **Aux. Administrativos**: Marisa Aguiar e Marcos Antônio Aguiar.

Tiragem: 40 mil exemplares; **Periodicidade**: mensal; **Distribuição**: Direta, via correios. **Assinatura**: Grátis, em conjunto com SÚMULA, TEMA e DADOS.

PROGRAMA RADIS: Av. Brasil, 4036 — salas 509/510/511/513/515 — CEP 21.040 — Manguinhos — Rio de Janeiro (RJ) — Tel.: (021) 260-7979 e 590-9122 Ramais 286/288 e 297.

CACO

A PEDRA FILOSOFAL

DOSE DUPLA

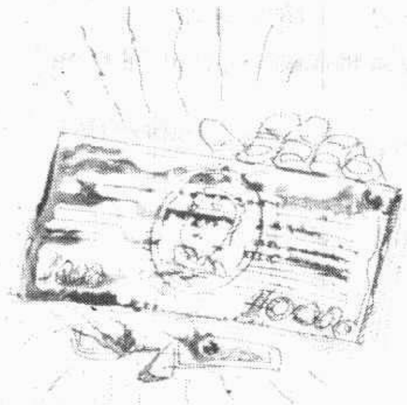
Dataprev está na FNS

O Congresso Nacional aprovou, em 5 de dezembro, a Medida Provisória 261, que transfere as atividades de informática da Dataprev (Empresa de Processamento de Dados da Previdência Social), ligadas ao Sistema Único de Saúde (SUS), para a coordenação da Fundação Nacional de Saúde (FNS).

Municipalização na pauta

Fortaleza sediou, entre 9 e 13 de dezembro, o VII Encontro dos setores municipais de saúde e o VII Encontro nacional de secretários municipais de saúde. A cobertura completa do evento — considerado o mais importante do ano para a discussão da política de saúde no País —, onde foram relatadas experiências de inúmeros municípios e debatidos temas fundamentais como financiamento, organização de serviço e controle popular, está na próxima edição do PROPOSTA. Aguardem!

O orçamento da seguridade



O Deputado Raimundo Bezerra (PMDB-CE) está preocupado com os rumos da discussão do orçamento da União pela Comissão Mista de Orçamento do Congresso, onde não foi possível impedir que as obrigações e encargos previdenciários da união, que sempre foram pagos com dinheiro do orçamento da União, passassem a ser descontados do orçamento da Seguridade Social. Segundo seus cálculos, isto representava, em maio, valores da ordem de Cr$ 296 bilhões, o que representa hoje cerca de Cr$ 700 bilhões. "Isto poderá inviabilizar o custeio da Previdência a partir de maio de 1991", alerta.

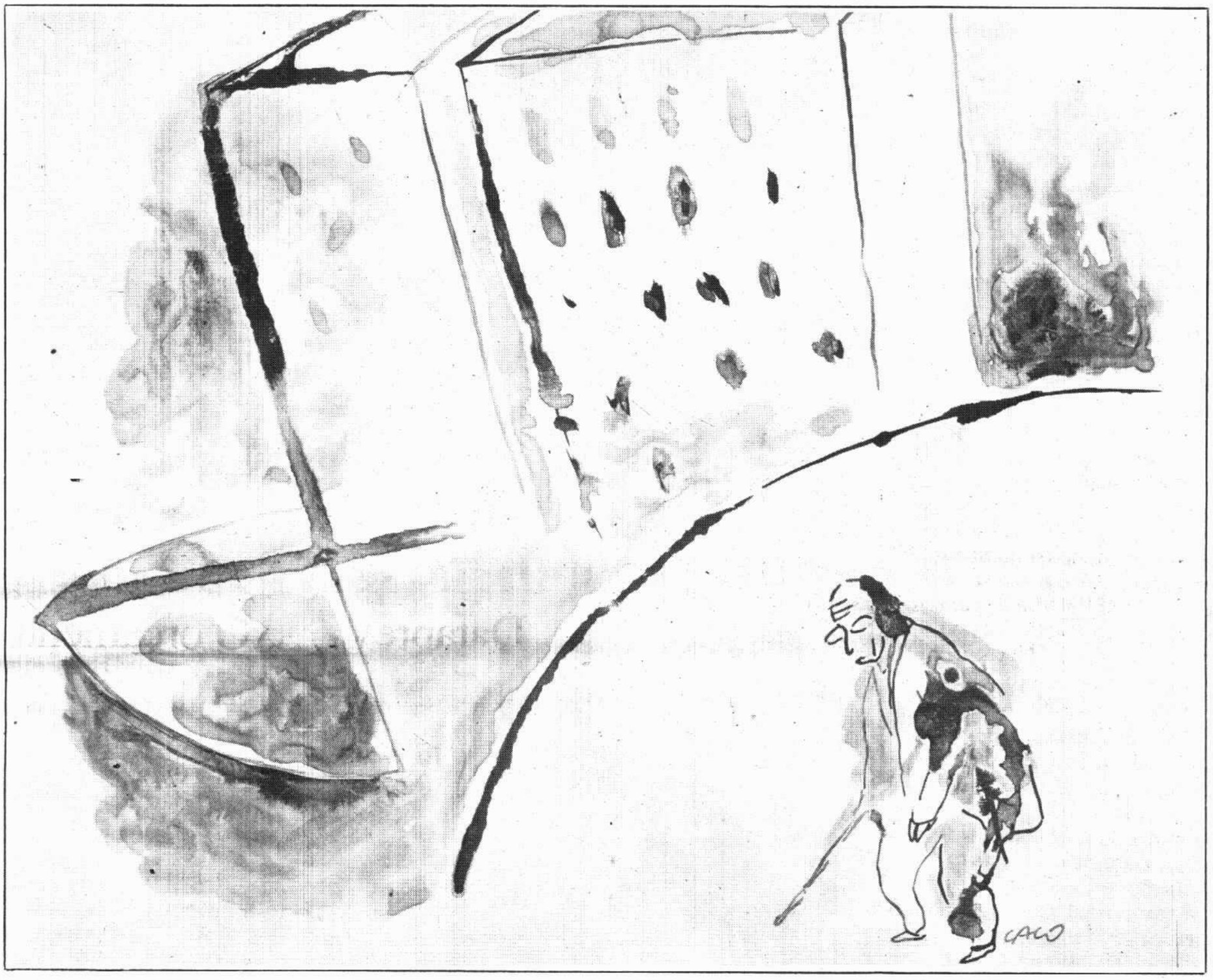
Câmaras técnicas debatem a saúde

No encontro entre o Ministro da Saúde e representantes de diversas entidades profissionais e empresariais da saúde e do Ministério da Educação, dia 28 de novembro, onde foram discutidos o alto índice de erros médicos e a falta de infra-estrutura material e condições de trabalho para o atendimento à população, foi definida a criação de quatro câmaras técnicas para aprofundar a discussão de alguns temas: emergência e trauma, remuneração dos profissionais de saúde e serviços contratados, ensino médico e rotinas de atendimento. Os trabalhos serão coordenados pelo Conselho Nacional de Saúde.

Participarão das câmaras representantes do Conselho Federal de Medicina, Federação Nacional dos Médicos, Associação Médica Brasileira, Federação Brasileira de Hospitais, Associação Brasileira de Hospitais, Conselhos Regionais de Medicina do Rio de Janeiro e São Paulo, Inamps, Ministério da Educação e Federação Nacional das Misericórdias; além de outras entidades por eles propostas como o Conselho de Reitores das Universidades Federais, a Associação Nacional de Docentes do Ensino Superior, a Associação Brasileira de Ensino Médico, o Conselho Nacional de Enfermagem e a Federação Nacional dos Enfermeiros.

NOVO PLANO DE BENEFÍCIOS DA PREVIDÊNCIA

Senado mantém veto presidencial



O Senado Federal votou no dia 5 de dezembro pela manutenção do veto do Presidente da República ao Projeto de Lei 47/90, que trata do Plano de Benefícios da Previdência Social, anulando a decisão de derrubar o veto tomada pela Câmara dos Deputados, duas semanas antes, em meio a um clima de confronto do Legislativo com o Executivo.

Com esta decisão, às vésperas da última semana de funcionamento do Congresso no ano, a Lei Orgânica da Seguridade Social continua indefinida até a próxima legislatura — que se inicia após o recesso parlamentar, em fevereiro — já que os Projetos 48/90, da Associação Social, e 49/90, do Plano de Custeio e da organização da Seguridade Social, também foram vetados integralmente e o Projeto 3.110E/89, da Saúde, recebeu vetos parciais ao ser sancionado pelo Presidente da República.

Em setembro, ao justificar os vetos aos textos da Seguridade e Previdência, aprovados pelo Congresso após cerca de um ano de discussões e negociações, o Executivo argumentou que, por não haver tido êxito na busca, através de suas lideranças, de apoio para emendas que considerava necessárias para o aperfeiçoamento dos Projetos, estes teriam sido aprovados apresentando "conceituações conflitantes" entre si e "dispositivos inexeqüíveis".

Quanto ao veto à Lei Orgânica de Assistência Social, a mensagem do Presidente afirmava que o texto continha "dispositivos contrários à uma assistência responsável e voltada para as camadas mais carentes da população".

Ao serem anunciados os vetos, os parlamentares reagiram com veemência, segundo registrou o Boletim n.º 4.328 da Câmara: "foi um ato descabível, irresponsável e inconstitucional", declarou o Deputado Raimundo Bezerra (PMDB-CE); "uma decisão contra a classe trabalhadora e os aposentados do campo", afirmou o Deputado Mário Lima (PMDB-BA).

No dia da votação no Senado, as previsões de parlamentares governistas e da oposição já apontavam para a manutenção do veto. Segundo a bancada do governo, o resultado da votação na Câmara não se repetiria porque o Senado é mais "cabeça fria" e não permitiria que fossem aprovados benefícios sem que o seu custeio estivesse assegurado. Após a manutenção do veto, o vice-líder do governo no Senado, Ney Maranhão, garantiu que o Presidente Collor enviará um Projeto de Lei ao Congresso, "concedendo o que puder aos aposentados, dentro dos limites do orçamento da Previdência".

Projeto de conversão propõe mudanças

Encerrada a votação do veto ao Plano de Benefícios pelos senadores, o plenário do Congresso ouviu em silêncio, por 10 minutos, o protesto de cerca de 500 pessoas que ocupavam as galerias. "Vocês estão com os bolsos cheios", gritavam indignados os representantes de associações e federações de aposentados e pensionistas de diversos estados. A última esperança dos aposentados de obterem alguma vitória antes do recesso parlamentar passou a ser a possibilidade de sanção pelo Presidente da República, até o dia 12 de dezembro, do Projeto de Conversão 50/90, de autoria do Deputado Raimundo Bezerra (PMDB-CE), já aprovado pelo Congresso, em 14 de novembro, em substituição às Medidas Provisórias 246 e 225, editadas pelo Executivo.

"Se este novo projeto for vetado integralmente, vai ser o caos", protestava Luis Viegas, vice-presidente da Confederação Brasileira de Aposentados e Pensionistas. Em sua opinião, o Projeto do parlamentar cearense recupera diversos pontos dos Projetos de Lei da Previdência e Assistência Social vetados pelo governo — "em especial, aqueles decorrentes do espírito da própria Constituição".

Entre os pontos positivos assinalados por Viegas estão o cálculo de benefícios com base na média de salários dos últimos 36 meses; a concessão do valor integral do salário; a aposentadoria por tempo de serviço para trabalhadores rurais cinco anos dos profissionais urbanos; o reestabelecimento da variação do salário mínimo como índice para a correção dos valores de aposentadoria e pensão; e a destinação de 2% do Finsocial para o custeio da Previdência.

Outro artigo considerado por ele muito importante no Projeto de Conversão é a instituição do Conselho Nacional de Seguridade Social, com a participação dos três níveis de governo, dos trabalhadores, das empresas e de cada um dos conselhos nacionais nas áreas de saúde, previdência e assistência social.

Para o autor do Projeto, Raimundo Bezerra, ele deve ser visto como um instrumento "temporário", que substitua o Plano de Custeio da Previdência até que ele entre em vigor, através de uma nova Lei. Segundo informação do Ministro da Justiça, Jarbas Passarinho, aos parlamentares e à imprensa, a intenção do governo era sancionar o Projeto de Conversão com vetos parciais, como a supressão dos 36 meses para o cálculo das aposentadorias, mantendo conquistas como o Conselho de Seguridade Social e a aposentadoria por idade aos 55 anos para a mulher e 60 anos para o homem. Ele assegurou, porém que em um novo projeto a ser apresentado pelo Executivo, "a correção com base nos últimos 36 meses seria mantida".

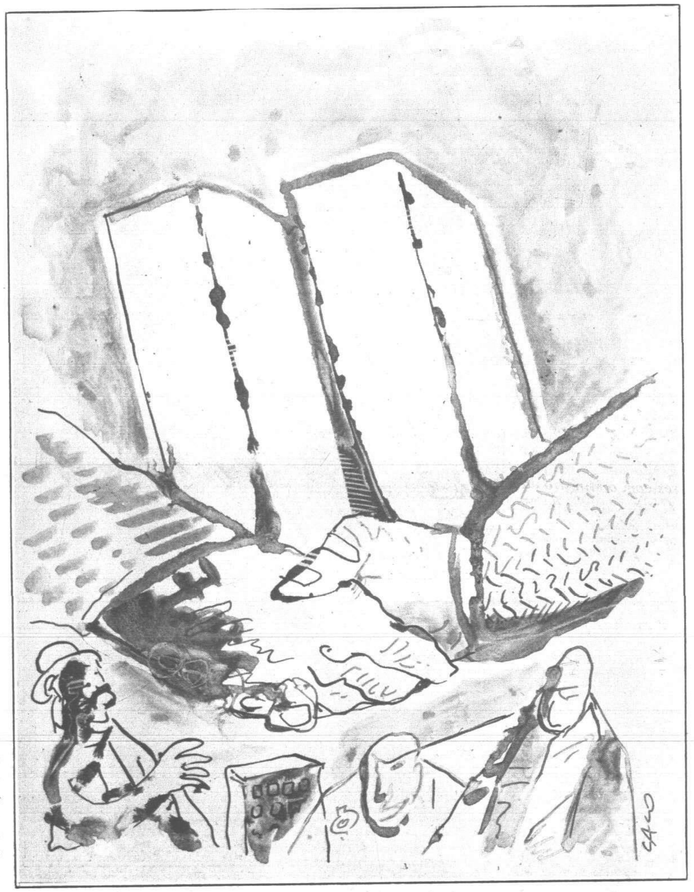
PROPOSTA
Jornal da Reforma Sanitária

Decreto sobre repasse para a saúde viabiliza acordo entre o Governo e o Congresso Nacional

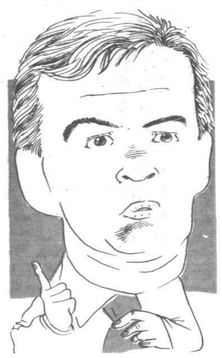
As negociações entre governo e parlamentares em torno da Lei Orgânica da Saúde, iniciadas a partir da decisão do Executivo de vetar diversos artigos do texto originalmente aprovado pelo Congresso, parecem ter chegado ao fim. No segundo encontro entre o Ministro da Saúde, Alceni Guerra, e as lideranças partidárias, dia 5 de dezembro, ficou acertado que todos os partidos — inclusive o PT, que ainda se mantinha fora do acordo — votariam pela manutenção dos vetos presidenciais, enquanto o governo publicaria o Decreto sobre repasses financeiros para estados e municípios e encaminharia ainda naquela semana, um Projeto de Lei sobre os repasses e a criação do Conselho Nacional de Saúde e da Conferência Nacional de Saúde.

Em relação ao estágio das negociações, a situação evoluiu, de um lado, pela unanimidade dos partidos quanto a aprovação dos vetos e, do outro, pela apresentação pelo Ministro de um texto final para o Decreto presidencial, emendado pelas lideranças durante a própria reunião. O conteúdo do Projeto de Lei também foi definido durante o encontro, com a junção do texto deste decreto com o de outro, de agosto de 90, que instituía o conselho e a conferência nacionais de saúde — ambos com a sua composição paritária entre usuários e prestadores de serviços. Participaram da reunião com o Ministro as lideranças do PMDB, PSDB, PT, PRN, PCB, PDC, PFL e PTB.

Cada passo destes entendimentos foi acompanhado de perto pela Plenária Nacional de Saúde, fórum que congrega várias instituições da sociedade civil e que desde a convocação da Assembléia Nacional Constituinte vem participando e assessorando os debates sobre o setor saude travados no Congresso. Logo após o acordo de 14 de novembro, em que ficou definido que parte do conteúdo vetado em artigos sobre o repasse de recursos financeiros e a participação popular, através dos conselhos e conferências de saúde, seria resgatado em um Projeto de Lei, representantes do Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde (Conasems) e outras entidades da Plenária se debruçaram sobre o tema, formulando minutas de um Projeto de Lei e um Decreto, entregues ao Ministério da Saúde em 16 de novembro.



Passadas três semanas, em que não faltaram especulações sobre o destino das minutas e sobre o conteúdo final a ser apresentado pelo Ministro, a Plenária voltou a se reunir em Brasília no dia 5 de dezembro. Pressionados pelas entidades, os parlamentares entraram em contato com o Ministro e acertaram a entrada do assunto na pauta da reunião do colégio de líderes partidários daquela tarde, com a presença do Ministro, trazendo a sua proposta de decreto.



Alceni Guerra

A íntegra do Decreto

O texto abaixo traz a íntegra da minuta de Decreto apresentada pelo Ministro da Saúde ao colégio de líderes do Congresso, sem algumas pequenas alterações consensuadas durante a reunião:

Regulamenta a Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990, relativa à aplicação de recursos financeiros destinados à implementação do Sistema Único de Saúde(SUS).

O Presidente da República: no uso das atribuições que lhe confere o art. 84, inciso IV e VI, da Constituição e tendo em vista o disposto na Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990,

DECRETA:

Art. 1.º — Os recursos do Fundo Nacional de Saúde serão alocados como segue:

I — Despesas de Custeio e de Capital do Ministério da Saúde, seus órgãos e entidades, da administração direta, indireta e fundacional;

II — investimentos previstos em lei orçamentária da iniciativa do Poder Legislativo e aprovada pelo Congresso Nacional;

III — investimentos previstos no Plano Qüinqüenal do Ministério da Saúde;

IV — cobertura das ações e serviços de saúde a serem implementados pelos Municípios, Estados e Distrito Federal;

Parágrafo Único — os recursos referidos no inciso IV deste artigo destinam-se a investimentos na rede de serviços, à cobertura assistencial ambulatorial e hospitalar e às demais ações de saúde.

Art. 2.º — Os recursos referidos no inciso IV do art. 1.º serão repassados de forma regular e automática para os Municípios, Estados e Distrito Federal de acordo com os critérios previstos no art. 35 da Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990.

§ 1.º — Enquanto não for regulamentada a aplicação dos critérios previstos no art. 35, da Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990, será utilizado, exclusivamente, o critério populacional.

§ 2.º — Os recursos referidos neste artigo serão destinados, pelo menos 70%, diretamente ao nível municipal, e 30% ao nível estadual.

§ 3.º — Os municípios poderão estabelecer consórcio para execução de ações e serviços de saúde, remanejando entre si parcelas de recursos previstos no inciso IV do artigo 1.º deste Decreto.

Art. 3.º — Para receber diretamente os recursos previstos no artigo 2.º a respectiva instância gestora deverá dispor de:

I — Fundo de Saúde;

II — Conselho de Saúde, com composição paritária de acordo com o Decreto n.º 99.438, de 7 de agosto de 1990;

III — Plano de Saúde;

IV — Relatório de gestão que permitam o controle de que trata o inciso XIX do art. 16 e o § 4.º do art. 33 da Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990;

V — Contrapartida de recursos para a saúde no respectivo orçamento;

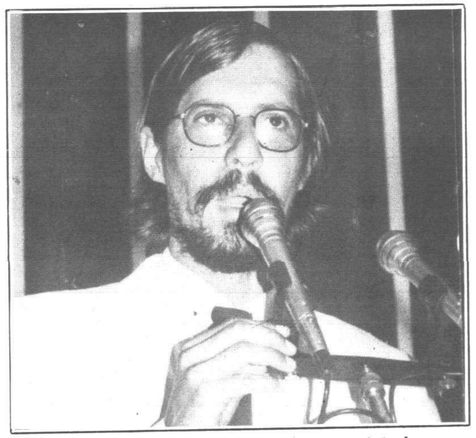
VI — Comissão de Elaboração do Plano de Carreira, Cargos e Salários (PCCS), na instância correspondente, com o prazo de 2 (dois) anos para sua implantação.

Parágrafo único — Enquanto Estado ou Município não dispuser dos pré-requisitos mencionados no caput deste artigo, os recursos serão administrados pela instância de governo imediatamente superior.

Art. 4.º — Fica o Ministério da Saúde, mediante Portaria do Ministro de Estado, autorizado a estabelecer condições para aplicação deste Decreto.

Art. 5.º — Este Decreto entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 6.º — Revogam-se as disposições em contrário.



O Deputado Eduardo Jorge (PT-SP) disse que a posição do Ministro Alceni Guerra contribuiu para o acordo

Para Eduardo Jorge, repasse automático facilitou negociação

Para o Deputado Eduardo Jorge (PT-SP) o Ministro facilitou as negociações ao concordar com o repasse automático e mensal dos recursos, sem estar condicionado à assinatura de convênios; a liberação de 100% dos repasses com base na população, enquanto não forem estabelecidos os critérios definitivos para a transferência de recursos; a inclusão de uma proposta de plano de cargos e salários como critério para os repasses; e a instituição em Lei — e não por decreto — do conselho e da conferência nacionais, com representação paritária.

Ivan de Moura Fé afirma que o que estava na Lei garantia o avanço do Sistema Único

CFM lamenta adiamento da isonomia salarial

Embora considere que os aspectos mais importantes da Lei Orgânica, inicialmente ameaçados pelos vetos, fossem "uma verdadeira descentralização de recursos e o controle social do sistema de saúde através dos conselhos e conferências", o Presidente do Conselho Federal de Medicina, Ivan de Moura Fé, lamentou a manutenção dos vetos aos artigos que tratam dos recursos humanos. "O que estava na Lei era um avanço importante para que o trabalhador da saúde envolvido no Sistema Único conquistasse um plano de cargos e a isonomia. Implantado a nível federal, de imediato, isso balizaria os estados e municípios para estabelecerem pisos maiores e planos de cargos semelhantes".

Em sua opinião, sem a isonomia entre trabalhadores da mesma função, será extremamente difícil motivar os profissionais a níveis desejáveis. "O que existe hoje é uma maluquice. Pessoas trabalham nos mesmos setores e com mesmas funções, recebendo salários diferentes". Ivan lembra que esta não é uma questão só dos médicos, mas ocorre com todas as categorias profissionais que trabalham na saúde.

"Seria ótimo, como argumenta o governo, que fosse definido um plano para todo o fucionalismo. Mas isso se fala há muito tempo e o pessoal da saúde quer seu plano logo. Até para apressar a conclusão de um plano global", avalia. "O argumento do governo, portanto, parece procrastinador, jogando não se sabe para quando esta importante definição".

Bezerra quer abreviar o trâmite

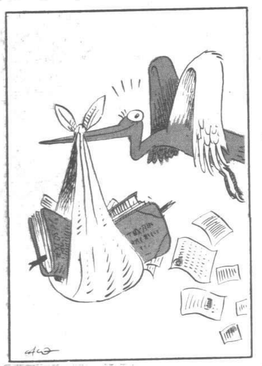
"Aqui, quando há acordo nada é difícil", comemorava o Deputado Raimundo Bezerra (PMDB-CE), ao sair da reunião dos líderes com o Ministro da Saúde. Cético em relação ao resultado das discussões travadas no Congresso naquele mesmo dia sobre a Previdência, o orçamento da União e os reajustes de salários dos trabalhadores, ele considerava que o trâmite do Projeto Lei a ser enviado pelo governo no dia seguinte poderia ser abreviado. Segundo sua avaliação, com a solicitação de urgência urgentíssima pelos líderes, a sua inclusão na pauta já da próxima sessão e a apresentação do parecer dos relatores das comissões lido "na carreira" em plenário, a matéria poderia ser votada logo e passar ao Senado, onde 55 assinaturas de senadores bastariam para que o projeto tivesse essa mesma prioridade.

O Deputado Raimundo Bezerra (PMDB-CE) achou o acordo positivo

Em dezembro, Congresso aguardava os textos

Até o fechamento desta edição de dezembro, o Projeto de Lei do Executivo sobre os repasses financeiros e a criação do Conselho e da Conferência de Saúde não havia sido recebido pela 1.ª Secretaria da Mesa Diretora da Câmara dos Deputados. Como é necessária a publicação no Diário Oficial da mensagem de remessa do projeto ao Congresso e o transcurso de um prazo de cinco dias para o recebimento de emendas, antes de sua votação pela Câmara, e, depois disso, a assinatura de 55 senadores para que ele possa tramitar em regime de urgência urgentíssima também no Senado Federal, sua promulgação antes da próxima legislatura iá era considerada bastante improvável.

Quanto aos vetos à Lei Orgânica, também até esta data, o Congresso continuava a não submetê-los à votação em plenário, mais ocupado nestes dias com as polêmicas decisões sobre o orçamento da União e a Lei Salarial.



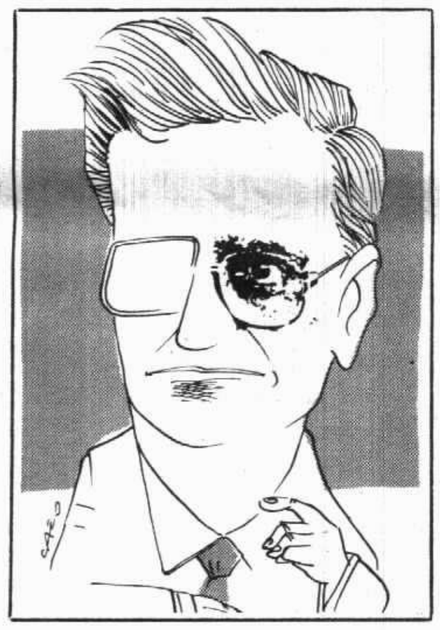
A população pobre do Município disputa restos de lixo nos vazadouros a céu aberto

MUNICIPALIZAÇÃO EM MERITI

'Problema primordial é a fome'

— O maior problema de São João de Meriti é a fome. Com esta frase, o Prefeito José Amorim tenta sintetizar as dificuldades que têm para administrar um município geograficamente pequeno, (34 quilômetros quadrados) com uma grande concentração populacional (cerca de 500 mil habitantes) e uma enorme carência de recursos e serviços prestados à população.

Dados da Divisão de Vigilância Epidemiológica confirmam a constatação do Prefeito, registrando entre os casos notificados maior incidência de três doenças nitidamente ligadas à precariedade das condições de vida. No mapa epidemiológico, de janeiro a outubro, a diarréia, normalmente ligada a fatores como a desnutrição, está em primeiro lugar, com 2.780 casos. Em segundo vem a Dengue, com 586 casos e em terceiro a tuberculose, com 450.



José Amorim

Situado na Baixada Fluminense, distante seis quilômetros da Capital do Estado do Rio de Janeiro e dividido em três distritos administrativos, o município registra uma das menores rendas **per capita** do Brasil. Do total de pessoas com mais de 10 anos de idade, 56% têm alguma fonte de rendimento. Deste conjunto, 68,9% estão na faixa de um a cinco salários mínimos e 24,8% ganham até um mínimo, enquanto apenas 6,1% estão na faixa de cinco a 20 mínimos.

Segundo a Cedae — Companhia Estadual de Água e Esgoto —, 60% da população é beneficiada com rede de esgoto sanitário e 70% é coberta pelo sistema de abastecimento d'água. Tais informações, no entanto, são contestadas pela diretora de Saúde da Federação das Associações de Moradores de São João de Meriti, Maria dos Santos, popularmente conhecida como dona Cota:

— Nem por brincadeira, diz a representante comunitária, admitindo entretanto não dispor dos percentuais exatos sobre o assunto. "Mesmo sem esta exatidão de índices e considerando o grande número de valas negras, dá para ver que o sistema de esgoto não cobre nem 30% do município."

Secretária defende efetivação do SUS

Segundo dados da Prefeitura, o convênio Suds (Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde) repassou à Secretaria Municipal de Saúde, até outubro, Cr$ 72.089.624,89, enquanto a dotação municipal para o setor este ano está na ordem de Cr$ 150.383.000,00, correspondentes a 10,74% do total do orçamento do município. Para 1991, a previsão orçamentária eleva os recursos destinados à saúde para a casa dos 13.60%.

Na opinião da Secretária Municipal de Saúde, Erotildes de Amorim Toledo, "dada a precariedade existente, a verba disponível tem sido insuficiente e somente a efetivação do SUS — Sistema Único de Saúde — garantirá a Saúde com um direito de todos e dever do Estado, conforme manda a Constituição. Para isso, entretanto, é necessário que exista, na prática, vontade política do Governo Federal, e a definição da legislação que trata do repasse de recursos financeiros aos municípios.

Acentuando que a municipalização promoveu a integração dos serviços de saúde, que conta com 788 profissionais, o **coordenador** de Saúde Comunitária, Antônio Maia, citou o trabalho que vem sendo feito pelas Divisões de Vigilância Sanitária e Epidemiológica e os vários programas que estão sendo desenvolvidos, como os Programas de Saúde da Mulher, de Planejamento Familiar e de Prevenção e Detecção de hipertensão arterial.

Frisou a importância do Projeto de Saúde Escolar, desenvolvido junto às escolas municipais, fundamental, entre outros aspectos, na Campanha de Combate à Dengue, na qual crianças e agentes comunitários promoveram intenso trabalho de esclarecimento junto à população.

— A notificação de 194 e 190 casos de Dengue, respectivamente, nos meses de maio e junho (quando a incidência, devido ao frio, devia ser menor), a identificação dos sorotipos 1 e 2 da doença, a manifestação de algumas formas hemorrágicas mais brandas, como sangramento pelo nariz e gengivas, e o perigo de agravamento da situação durante o verão, levou o Município a desenvolver, juntamente com o Ministério da Saúde (através de agentes da ex-Sucam), o Exército e órgãos estaduais, uma campanha de combate à doença, englobando a eliminação de focos do mosquito **Aedes aegypti**, pesquisa de infestação deste transmissor e combate às formas aladas através do popular **fumacê**.

A rede pública de serviços de saúde é composta de 10 unidades básicas, um posto de atendimento médico originários da própria Prefeitura e outras três unidades que foram repassadas pelo Suds (dois postos do Estado e um do Inamps).

Dona Cota narra a 'via crucis' de quem fica doente

— A municipalização dos serviços de saúde ainda não trouxe melhorias efetivas para a população. É verdade que as filas diminuíram, mas, na realidade, foram substituídas pelo **agendamento programado**, o que pode significar uma espera de até três meses por uma consulta. A rede municipalizada é insuficiente, os postos do Pesb estão praticamente falidos, não há hospital público para emergência e continua morrendo muita gente dentro de ambulâncias. Os pacientes de casos graves vão para o Hospital da Posse, em Nova Iguaçu, e não encontram vaga. Dele, são transferidos para o Hospital Getúlio Vargas (na Penha), correndo o risco de ocorrer o mesmo problema e com perigo iminente de morrer sem o socorro de que necessitam.

Quem afirma é Maria dos Santos, 48 anos de idade, popularmente conhecida como **dona Cota**, diretora de Saúde da Federação das Associações de Moradores de São João de Meriti. Ela integra o Conselho Municipal de Saúde, assegurado pela Lei Orgânica do Município, que prevê a participação paritária de usuários, prestadores de serviços e profissionais do setor e garantindo seu cárater deliberativo.

A composição do Conselho, segundo **dona Cota** foi definida em resolução da Secretaria Municipal de Saúde, prevendo a participação da própria Secretaria, OAB (Ordem dos Advogados do Brasil), Câmara dos Vereadores, Associação Médica, um representante dos prestadores privados de serviços e três das comunidades (um de cada distrito existente). "Só estamos esperando, agora, que o conselho comece realmente a funcionar".

— Em 1988 fechamos a Via Dutra e obtivemos a promessa de construção de três hospitais na Baixada (em Caxias, São João de Meriti e Queimados). Nosso movimento resultou no Projeto SOS Baixada e, posteriormente, desembocou no Pesb. Mas o hospital geral continuou só na promessa e, em fevereiro, ficamos sabendo que não há previsão para sua construção, embora tenhamos entregue ao Governador Moreira Franco, em mãos, um abaixo-assinado com 11.800 nomes reafirmando a reivindicação. Na ocasião, informamos sobre a existência de um terreno já desapropriado, exatamente para abrigar o hospital. Apesar de todas as dificuldades, continuamos nossa luta e estamos, com assessoria do Instituto de Planejamento Urbano da UFRJ (Universidade Federal do Rio de Janeiro), concluindo nossa proposta de um Plano Diretor para o Município, em especial no que se relaciona à saúde, saneamento e moradia, que atualiza, aprofunda e explicita melhor as proposições que temos apresentado reiteradas vezes nos últimos anos — concluiu a líder comunitária.

O fim dos manicômios

A política de saúde mental brasileira pode sofrer uma reviravolta jamais registrada no País. O Congresso Nacional, ao aprovar no dia 8 de novembro o Projeto de Lei 3.657, de autoria do Deputado Paulo Delgado (PT-MG), reformula profundamente a legislação do setor, elaborada em 1934 e que mantém sua vigência até hoje.

Um dos pontos mais polêmicos da nova legislação diz respeito aos manicômios. Logo em seu Artigo 1.º ela "proíbe em todo o território nacional a construção de novos hospitais psiquiátricos públicos e a contratação ou financiamento, pelo setor governamental, de novos leitos psiquiátricos". Além disso, o Projeto descentraliza o atendimento e regulamenta as internações compulsórias.

Ao analisar as repercussões da nova Lei, o psiquiatra Pedro Gabriel Delgado, ex-Diretor da Colônia Juliano Moreira, no Rio, foi enfático:

— A extinção dos manicômios será gradual. Não vamos deixar os loucos na rua, podem estar certos.

Um dos especialistas que participou dos debates sobre a nova forma de se lidar com a saúde mental — inspirada na chamada Lei Basaglia, que extingüiu o modelo manicomial de atendimento na Itália —, Pedro Gabriel afirma que a Lei antiga privilegia o manicômio como forma de tratamento, contrariando toda a evolução da psiquiatria no Mundo a partir dos anos 30.
Ele questiona a relação automática que se faz entre doença mental e violência:

— Faz parte do senso comum mas não é uma realidade. Há muitos assaltantes, estupradores, integrantes de grupos de extermínio capazes das maiores barbaridades. Eles são loucos? Não. E quantos doentes mentais não são violentos? Essa correlação quase inconsciente entre loucura e violência é que sustenta a idéia de que a sociedade tem que se proteger de seus loucos, disse.

Para exemplificar os desvios que a antiga legislação permite, Pedro Gabriel cita casos de mãe internar um filho por fumar maconha ou a filha por esta não querer terminar um namoro. "Isso não pode acontecer numa sociedade livre", afirmou.

Pela nova Lei, a internação compulsória será regulada com a obrigação do médico responsável comunicar o fato em 24 horas à autoridade judiciária ou às organizações credenciadas da sociedade civil, que irão ao hospital verificar a necessidade real da internação.

Já o psiquiatra Paulo Amarante, pesquisador assistente do Núcleo de Estudos Político-Sociais em Saúde da Escola Nacional de Saúde Pública da Fiocruz, vê a aprovação pelo Congresso Nacional da nova Lei como um passo na busca de um novo modelo assistencial para o setor:

— O Projeto de Paulo Delgado prevê novas formas de atendimento que questionam a internação e o medicamento como pontos centrais do tratamento. Isto não quer dizer que se pregue a desassistência. A idéia é a construção de outros mecanismos substitutivos do manicômio.
Ele acha fundamental que se estabeleça, a partir de agora, um debate nacional em torno da proposta de uma sociedade sem manicômios:

FOTO: DANIEL ANDRADE

Hospital Psiquiátrico São Pedro, em Porto Alegre (RS)

— Nós estamos começando onde a sociedade italiana terminou o processo de revisão do setor. Lá a nova Lei, aprovada em 1978, foi precedida de uma ampla discussão nacional e pela criação de centros sociais de atenção à saúde mental. No Brasil estamos começando pela Lei e o debate nacional sobre a questão é muito restrito. E você não cria um modelo alternativo por decreto, mas sim como fruto de uma ampla reflexão crítica sobre a instituição psiquiátrica, concluiu.

As modificações que o Congresso aprovou

PROJETO DE LEI N.º 3.657, DE 1989
(Do Sr. Paulo Delgado)

Dispõe sobre a extinção progressiva dos manicômios e sua substituição por outros recursos assistenciais e regulamenta a internação psiquiátrica compulsória.

(Às Comissões de Constituição e Justiça e Redação; e de Saúde, Previdência e Assistência Social.)

O Congresso Nacional decreta:

Art. 1.º Fica proibida, em todo o território nacional, a construção de novos hospitais psiquiátricos públicos, e a contratação ou financiamento, pelo setor governamental, de novos leitos em hospitais psiquiátricos.

Art. 2.º As administrações regionais de saúde (secretarias estaduais, comissões regionais e locais, e secretarias municipais) estabelecerão a planificação necessária para a instalação e funcionamento de recursos não-manicomiais de atendimento, com unidade psiquiátrica em hospital geral, hospital-dia, hospital-noite, centro de atenção, centros e convivência, pensões e outros, bem como para a progressiva extinção dos leitos de característica manicomial.

§ 1.º As administrações regionais disporão do tempo de 1 (um) ano, a contar da data da aprovação desta Lei, para apresentarem às comissões de saúde do poder legislativo, em seu nível, o planejamento e cronograma de implantação dos novos recursos técnicos de atendimento.

§ 2.º É competência das secretarias estaduais coordenarem o processo de substituição de leitos psiquiátricos manicomiais em seu nível de atuação, e do Ministério da Saúde ao nível federal.

§ 3.º As secretarias estaduais constituirão, em seu âmbito, um Conselho Estadual de Reforma Psiquiátrica, no qual estejam representados, voluntariamente, os trabalhadores de saúde mental, os usuários e familiares, o poder público, a ordem dos advogados e a comunidade científica, sendo sua função acompanhar a elaboração dos planos regionais e municipais de desospitalização, e aprová-los ao cabo de sua finalização.

Art. 3.º A internação psiquiátrica compulsória deverá ser comunicada, pelo médico que a procedeu, no prazo de 24 horas, à autoridade judiciária local, preferentemente à Defensoria Pública, quando houver.

§ 1.º Define-se como internação psiquiátrica compulsória aquela realizada sem o expresso desejo do paciente, em qualquer tipo de serviço de saúde, sendo responsabilidade do médico autor da internação sua caracterização enquanto tal.

§ 2.º Compete ao Defensor Público (ou outra autoridade judiciária designada) ouvir o paciente, médicos e equipe técnica do serviço, familiares e quem mais julgar conveniente, e emitir parecer em 24 horas, sobre a legalidade da internação.

§ 3.º A defensoria pública (ou autoridade judiciária que a substitua) procederá a auditoria periódica dos estabelecimentos psiquiátricos, com o objetivo de identificar os casos de seqüestro ilegal, e zelar pelos direitos do cidadão internado.

Art. 4.º Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário, especialmente aquelas constantes do Decreto-Lei n.º 24.559, de 3-7-1934.

PROPOSTA
Jornal da Reforma Sanitária

A municipalização da saúde

José Aristodemo Pinotti

A mortalidade materna no Brasil é no mínimo 20 vezes superior à dos países desenvolvidos e bem mais acentuada que em países subdesenvolvidos com sistemas de saúde eficientes. Temos uma taxa de mortalidade infantil dez vezes superior à média dos países ricos. Nestes países, o câncer de colo foi praticamente banido como causador de óbitos, ao passo que no Brasil ele é responsável por grande parte das mortes por tumor em mulheres. Morre-se muito, também, de infarto do miocárdio e câncer de mama. Compõe-se, em síntese, um quadro nacional de saúde que combina as grandes incidências dos países pobres e ricos. Devendo-se ainda chamar a atenção para o paradoxo de exibirmos uma renda per capita de 2.300 dólares e condições de saúde bastante inferiores às de alguns países com renda per capita de 400 dólares.

Embora uma situação tão complexa e dramática não possa ser resolvida por um passe de mágica, não há dúvida que poderia ser enfrentada se houvesse vontade política para iniciar-se um processo de reestruturação do sistema de saúde, cuja integração e unificação se daria pela transferência da atenção primária aos municípios, instalando-se um comando unido capaz de combater as ineficiências e desperdícios decorrentes de se ter em cada município várias entidades voltadas para o mesmo fim.

A transferência da atenção primária para o nível municipal requer o conhecimento precípuo de sua finalidade que não pode ser confundida com medicina preventiva mas a engloba, configurando um serviço simplificado e acessível de promoção da saúde, cura e reabilitação. É sabido que atualmente é possível resolver 85% dos casos de saúde nesse nível, desde que minimamente aparelhado e conduzido por profissionais experientes e capacitados.

Entretanto, a atenção primária não tem merecido credibilidade porque é confundida com medicina preventiva. De outro, por não conferir terminalidade ao ato médico, representando apenas o estágio onde o paciente é solicitado a procurar um nível mais avançado do sistema, caindo numa malha de especialidade que pode, em certos casos, resolver seu problema, mas dificilmente consegue-o como um ser integral que precisa ser atendido de forma contínua e abrangente. Uma vantagem do processo de municipalização é de caráter administrativo, colocando-se, de forma unificada, a responsabilidade pela execução do atendimento nas mãos das autoridades municipais. Essa iniciativa implica também o respeito pela tradição cultural e sanitária do município, bem como a adaptação do serviço às características epidemiólogicas locais. Nenhum país, muito menos o Brasil, apresenta condições de saúde homogêneas. As diferenças dependem de inúmeras variáveis peculiares a cada município e somente autoridades locais podem abordá-las corretamente.

Outra vantagem importante da municipalização consiste na integração entre sanitarismo e medicina assistencial. Os centros de saúde municipais organizados pela sensibilidade de autoridades locais conseguiram integrar essas ações de maneira mais convincente do que os estaduais, ao menos no que se refere ao estado de São Paulo, os quais se apegaram apenas em medidas preventivas, incapacitando-se a resolver, de forma contínua e integral, os problemas de saúde da população.

Talvez a maior vantagem da municipalização seja ainda outra: a de propiciar um controle social mais eficaz. É bem mais fácil ao cidadão de um pequeno município cobrar eficiência ou sugerir modificações no sistema se a responsabilidade administrativa estiver inserida no local e não em centros mais distantes, em geral capitais dos estados. Pode-se inclusive afirmar que sem um controle social eficaz não há melhoria no serviço público.

É importante ressaltar que o processo de municipalização não terá impacto se não for estabelecida uma série de requisitos fundamentais, a exemplo da referência e contra-referência. As ações de saúde no Brasil se caracterizam por serem episódicas, não havendo continuidade no atendimento ao paciente. Isso só pode ser resolvido se for implantado um esquema de referência de um nível a outro do sistema, de modo que os pacientes, quando necessário, sejam atendidos por serviços locais de saúde e enviados, mediante referência por escrito, a níveis superiores, o mesmo ocorrendo no retorno ao nível primário.

Outro requisito é a educação em saúde. O ato médico nunca será completo se o paciente não for convenientemente informado sobre o problema e as soluções a serem adotadas. Também fundamental é um maior repasse de recursos aos municípios. Quando se implanta programas de intervenção epidemiológica baseados em projetos simplificados e integrados de ações preventivas e curativas, ativa-se uma demanda potencial que vai exigir despesas crescentes.

O processo de municipalização é absolutamente necessário, embora não esgote o esforço de reformulação do sistema de saúde do País. Trata-se, sobretudo, de uma medida essencial para acelerar o desenvolvimento de nações como o Brasil, em que o sucesso do combate à pobreza é proporcional à melhoria em educação, moradia e saúde.

José Aristodemo Pinotti é Secretário de Estado de Saúde de São Paulo